

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1921-1922

N° 97

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

TUMEURS BÉNIGNES

DES

GLANDES MAMMAIRES SURNUMÉRAIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 17 Février 1922

PAR

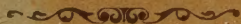
Noël-Jean-Baptiste MOREAU

Médecin de la Marine, chevalier de la Légion d'honneur
Interne des hôpitaux
Préparateur adjoint à la Faculté de Médecine.

Né à Bordeaux (Gironde), le 27 Décembre 1892.

Examineurs de la Thèse	{	MM. G. DUBREUIL, Professeur . .	Président.
		BÉGOVIN, Professeur	Juges.
		VERGER, Professeur	
		LACOSTE, chargé des fonct. d'agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



TOULOUSE

LIBRAIRIE-MARQUESTE

E.-H. GUITARD, libraire-éditeur

7, rue Ozenne, 7

1922

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS BÉNIGNES
DES
GLANDES MAMMAIRES SURNUMÉRAIRES

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1921-1922

N^o 97

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS BÉNIGNES
DES
GLANDES MAMMAIRES SURNUMÉRAIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 17 Février 1922

PAR

Noël Jean-Baptiste MOREAU

Médecin de la Marine, chevalier de la Légion d'honneur

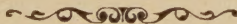
Interne des hôpitaux

Préparateur adjoint à la Faculté de Médecine.

Né à Bordeaux (Gironde), le 27 Décembre 1892.

Examinateurs de la Thèse { MM. G. DUBREUIL, Professeur.. *Président.*
BÉGOVIN, Professeur.....
VERGER, Professeur..... } *Juges.*
LACOSTE, chargé des fonct. d'agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



TOULOUSE

LIBRAIRIE-MARQUESTE

E.-H. GUITARD, libraire-éditeur

7, rue Ozenne, 7

1922



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD,

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique interne.....	ARNOZAN.	Pharmacie	DUPOUY
	CASSAET.	Zoologie et parasitologie ...	MANDOUL
Clinique externe	CHAVANNAZ.	Médecine expérimentale....	FERRE
	VILLAR.	Clinique oph. alrnologique..	LAGRANGE.
Pathologie et thérapeuti-		Clinique chirurgicale, in-	
que générales.....	CRUCHET.	fantile, et Orthopédie ...	DENUCE.
Clinique d'accouchements..	RIVIERE.	Clinique gynécologique....	BEGOUIN.
Anatomie pathologique ...	SABRAZES.	Clinique médicale des ma-	
Anatomie.....	PICQUE	ladies des enfants	MOUSSOUS.
Anatomie générale et histo-		Chimie biologique.....	DENIGES.
logie	G. DUBREUIL	Physique pharmaceutique..	SIGALAS
Physiologie	PACHON.	Pathologie exotique	LE DANTEC.
Hygiène	AUCHE.	Clinique des maladies cuta-	
Médecine légale	VERGER.	nées et syphilitiques ...	W DUBREUILH
Physique biologique et clini-		Clinique des maladies des	
que d'électricité médicale.	BERGONIE	voies urinaires.....	POUSSON.
Chimie.....	CHELLE,	Clinique psychiatrique....	ABADIE
Botanique et matière mé-	BEILLE.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	MOURE.
dicale.....		Toxicologie	BARTHE
			M. PRINCETEAU.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie ..	N... et N...		LEURET.
Histologie.....	LACOSTE,chargé	Médecine générale	DUPERIE
Physiologie	DELAUNAY.		CREYX.
Anatomie pathologique ...	MURATET.	Maladies mentales	MICHELEAU.
Parasitologie et Sciences	R.SIGALAS,chargé	Médecine légale	PERRENS.
naturelles	N...		LANDE.
Physique biologique et mé-		GUYOT.	ROCHER.
dicale	RECHOU.	Chirurgie générale	DUVERGEY.
Chimie biologique et médi-			PAPIN.
cale.....	N...	Obstétrique	PERY.
	PETGES.	Ophtalmologie	FAUGERE.
Médecine générale	CARLES.	Pharmacie	TEULIERES.
	MAURIAC.		LABAT.
			N...

CHARGÉS DE COURS

		MM. CAVALIÉ.
Cours de clinique dentaire.....		CARLES.
— complémentaire de thérapeutique et pharmacologie.		VENOT.
— — de médecine opératoire		PERY.
— — d'ophtalmologie		CABANNES.
— — de puériculture		ANDERODIAS.
— — de climatologie et hydrologie médicale ..		SELLIER,
— — de démonstrations et préparations phar-		
maceutiques		LABAT.
— — de chimie.....		RANGIER.
— — de vénéréologie.....		PETGES.
— — de pathologie interne		MAURIAC.
— — de pathologie externe.....		GUYOT.
— — d'orthopédie chez l'adulte pour les acciden-		
tés du travail, les mutilés de guerre et		ROCHER.
les infirmes.....		
— — annexe de prothèse et rééducation pro-		GOURDON.
essionnelle		

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et u elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

Il m'est agréable, au début de ce modeste travail, de témoigner ma reconnaissance à tous mes Maîtres de la Faculté, des Hôpitaux et de l'Ecole du Service de santé de la Marine, pour l'enseignement qu'ils m'ont prodigué, pour l'appui et la sympathie que j'ai trouvés auprès d'eux.

Je tiens à remercier tout particulièrement M. le D^r LOUBAT, chirurgien des Hôpitaux, qui m'a inspiré ce travail; j'ai pu, comme interne auprès de lui, apprécier ses hautes qualités chirurgicales.

Mon Maître, M. le professeur SABRAZÈS, a bien voulu me prêter l'appui de sa haute autorité, pour la partie anatomopathologique de ma thèse. Qu'il soit assuré de toute ma gratitude.

M. le professeur Georges DUBREUIL m'a accueilli dans son laboratoire avec une particulière bienveillance; il m'a guidé dans ma tâche, éclairé de ses conseils. Il me fait aujourd'hui le grand honneur de présider ma thèse. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma vive reconnaissance et de mon respectueux attachement.

Enfin, j'adresse tous mes remerciements au docteur BAUDRIMONT, pour l'amabilité qu'il m'a témoignée, en illustrant ce travail avec son talent coutumier.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

On donne le nom de *glandes mammaires surnuméraires* à des glandes supplémentaires semblables en réduction à des glandes normales, c'est-à-dire, composées de lobules avec canaux galactophores. Elles sont souvent pourvues d'un mamelon et d'une aréole et deviennent alors des mamelles surnuméraires.

Le *lobe glandulaire aberrant* — aussi éloigné soit-il de la glande mammaire normale — est un noyau de parenchyme mammaire dépourvu de mamelon et d'aréole. Les classiques, depuis BROCA, VERNEUIL et GOSSELIN, considèrent qu'il s'agit là d'îlots glandulaires émanés de la glande normale, encore unis à elle par un pédicule plus ou moins atrophié, donc plus ou moins perceptible.

Certains auteurs, tels que PITZORNO, WILLIAMS, avaient tenté de réagir contre cette opinion et affirmaient — quoique sans le prouver — que les lobes glandulaires éloignés de la glande mammaire et dépourvus de pédicule apparent, étaient des glandes mammaires surnuméraires incomplètes. Mais, depuis l'important travail de MARTIN, l'ancienne opinion de BROCA et VERNEUIL a de nouveau prévalu.

Nous nous proposons, au cours de ce travail, de montrer qu'à la pathogénie simpliste, qui trouve dans les *lobes aberrants*, l'origine de certaines tumeurs, et qui ne repose pas sur des faits précis et rigoureusement contrôlés, on doit en substituer une autre, plus logique, et reposant sur

des faits embryologiques précis. Les prétendus lobes glandulaires aberrants dépourvus de pédicule sont des glandes mammaires surnuméraires arrêtées dans leur développement, au cours de la vie intra-utérine.

Les glandes mammaires surnuméraires, qu'elles soient complètes ou non, peuvent être le siège de tumeurs bénignes; nous avons pu en réunir dix-huit observations, dont une personnelle, prise dans le service du Dr LOUBAT, chirurgien des Hôpitaux. Ces tumeurs bénignes tirent leur intérêt du fait que, développées aux dépens de mamelles surnuméraires incomplètes, le diagnostic clinique en est exceptionnellement fait. C'est l'examen microscopique qui vient tardivement révéler la nature exacte de la tumeur.

PLAN DU TRAVAIL

CHAPITRE PREMIER. — *Etude clinique.*

CHAPITRE II. — *Faits cliniques.*

CHAPITRE III. — *Discussion des faits. Essai d'une pathogénie nouvelle.*

CONCLUSIONS.

BIBLIOGRAPHIE.

CHAPITRE PREMIER

Les adéno-fibromes mammaires développés en dehors de la mamelle. — Etude clinique.

ETIOLOGIE. — Fréquence. — La fréquence de la polymastie est généralement estimée entre 2 % (BRUCE) et 7 % (PITZORNO). THIERY donne bien le chiffre de 15 %, mais il est à noter qu'il accorde le nom de mamelle surnuméraire à la simple tache pigmentaire surmontée d'un poil; on ne peut donc faire état de sa statistique.

Il est impossible d'indiquer, ne fut-ce qu'approximativement, la fréquence des tumeurs bénignes développées aux dépens des mamelles surnuméraires.

Sexe. — Sur les dix-huit cas que nous relatons, un seul (observation XIV) se rapporte à un homme.

Age. — Nous trouvons un âge moyen de 36 ans; 18 ans (observation XIV) et 59 ans (observation XI).

Influence des conditions physiologiques. — De semblables tumeurs surviennent, de préférence, chez des femmes au cours de la période d'activité génitale. Pas une fois, nous n'avons pu constater qu'il y ait eu des rapports entre les grossesses, la lactation et l'apparition des tumeurs des glandes mammaires surnuméraires.

Influence des conditions pathologiques. — Dans trois cas, il y avait coexistence d'autres tumeurs :

Observation XI : Adéno-fibrome siégeant dans le quadrant supéro-externe et adénome du sein du même côté. Il n'est pas signalé de relation chronologique dans l'apparition de ces deux tumeurs (découverte d'autopsie).

Observation XV : Adéno-fibrome axillaire et volumineux lipome sous-cutané du flanc droit, existant depuis des années, quand survint l'adéno-fibrome.

Observation XVI : Un adéno-fibrome du sein précède de six mois l'apparition d'une semblable tumeur dans le creux axillaire du même côté.

PATHOGÉNIE. — La mamelle surnuméraire est une anomalie. On comprend de ce fait qu'une tumeur — bénigne ou maligne — vienne aisément se greffer sur un organe insuffisamment développé et inutile.

Quand à la cause intime du développement des tumeurs bénignes, la question dépasse le cadre que nous nous sommes tracé et ressort de la pathologie générale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *a) Macroscopique.* — Dans un tiers des cas, la tumeur est axillaire; deux fois sur trois, environ, elle siège au-dessus ou en dehors du sein.

Deux observations seulement (observations XIII et XIV) signalent que la glande surnuméraire est complète. Quinze fois, il s'agit de glandes surnuméraires incomplètes, avec présence de tissu glandulaire isolé, sans modifications apparentes de la peau, sans mamelon ni aréole. Dans un cas (observation XV), il s'agit bien d'une glande surnuméraire incomplète, dépourvue de mamelon et d'aréole; mais ici, il y a une petite dépression cutanée qui relie la peau à la face profonde de la tumeur, formée de parenchyme glandulaire.

Le volume est intermédiaire entre celui d'une noisette et celui d'une orange. Dans un seul cas, la tumeur atteint le poids de 4 livres (observation II).

Cinq fois, elle est encapsulée, lisse, dure, résistante

(observations IX, X, XI, XIII et XVII), cinq fois, nettement lobulée (observations I, II, XV, XVI et XVIII), quatre fois, incluse dans une atmosphère adipeuse (observations X, XII, XV et XVIII).

Quant à l'aspect macroscopique de la tumeur, à la coupe, il n'est guère décrit qu'une fois avec précision : « A la coupe, dans une atmosphère adipeuse commune, sont logées sept ou huit tumeurs oblongues, ovalaires, d'aspect grisâtre, de consistance dure, sans points ramollis ou caséeux. Il semble qu'il s'agisse d'un paquet de ganglions. » (Observation XV.)

b) Microscopique. — Si la tumeur est, dans un cas (observation XV), un adéno-fibro-lipome, dans tous les autres cas que nous avons pu réunir, il s'agit de fibro-adenome, simple (quinze fois), kystique (deux fois, observations III et XII). Ces différentes tumeurs sont trop connues au point de vue anatomie pathologique microscopique, pour que nous nous attardions à les décrire. Le simple examen de la figure (v. page 29), qui se rapporte à l'observation XVIII, suffit à montrer que de semblables tumeurs sont en tous points semblables aux adéno-fibromes du sein normal.

La glande mammaire étant, au point de vue embryologique, formé de glandes sudoripares hautement différenciées, on peut se demander si les tumeurs, développées aux dépens des glandes sudoripares ne sont pas susceptibles de ressembler aux tumeurs bénignes développées aux dépens des glandes mammaires, surnuméraires ou non. Ce point, particulièrement délicat, sera développé au chapitre *Pathogénie* (V. ce chapitre).

On peut dire, cependant, que l'adenome sudoripare a une physionomie qui lui est propre, et ne peut être pris pour aucune autre tumeur (1). Il est formé d'anneaux

(1) Pour plus amples renseignements, en ce qui concerne l'adé-

pressés, agglomérés, dont la structure est semblable en tous points à celle des glandes sudoripares normales.

SYMPTOMATOLOGIE. — Le début est très insidieux. Aussi, est-ce le plus souvent par hasard que le malade découvre sa tumeur. Dans le cas le plus fréquent où la mamelle, incomplète, sans mamelon ni aréole, est située dans le creux axillaire, la peau n'est le siège d'aucune modification. La tumeur, dont le volume varie de celui d'une noisette à celui d'une orange, fait saillie sous la peau, à laquelle elle n'est pas adhérente, sauf dans deux cas (observations XIV et XVIII) où elle lui est reliée par quelques tractus. La mobilité sur les plans profonds est constante.

Les signes fonctionnels sont le plus souvent absents. Deux fois seulement, la douleur, spontanée ou à la pression, est signalée (observations XIV et XV). Les signes généraux sont nuls. On ne note aucune modification du côté des seins, sauf dans l'observation XVI, où un adénome du sein a précédé de six mois l'apparition d'une semblable tumeur dans l'aisselle.

EVOLUTION ET PRONOSTIC. — L'augmentation de volume est très lente. Au bout d'un certain temps, la tumeur cesse de grossir. On n'a jamais signalé de transformation maligne; le pronostic est donc très favorable.

DIAGNOSTIC. — Quand la tumeur se greffe sur une mamelle surnuméraire complète, le diagnostic est aisé. Il s'agit de tumeurs indolores, à évolution lente, qui n'infectent pas les ganglions. On éliminera l'*adéno-sarcome* qui a pour lui son accroissement rapide, son volume considérable; l'*épithélioma dendritique*, dont le siège est sous-

nome des glandes sudoripares, consulter l'intéressante thèse de Couvy (Bordeaux, 1899), inspirée par le Prof. Sabrazès.

mamelonnaire, qui s'accompagne d'écoulement sanguin par le mamelon.

Le diagnostic devient autrement délicat quand il s'agit d'une glande surnuméraire incomplète. La difficulté provient de ce qu'on ne pense pas à cette dernière, du fait de sa rareté.

La confusion est possible avec le *sarcome primitif des ganglions*, volumineux, à évolution rapide (observation XV).

La tumeur peut en imposer pour une *adénite axillaire* (observations XVI, XVIII); il faut alors rechercher systématiquement toutes les causes, locales ou générales, susceptibles d'en provoquer l'apparition.

Le *lipome*, à évolution lente, de consistance molle, est lobulé; il n'adhère ni aux plans profonds, ni aux plans superficiels; la consistance, surtout, nous renseignera.

L'*adénome sudoripare*, isolé, ovoïde, est recouvert, jusqu'au moment de l'ulcération, par une peau normale, mais adhérente. Les poils s'arrachent facilement (DARIER). La mobilité sur les plans profonds est parfaite. La douleur, constante, est spontanée et s'exagère par la pression.

Le *névrome*, de consistance solide, est ovoïde, non adhérent à la peau, mobile seulement perpendiculairement au trajet d'un nerf. Il est douloureux.

Si la tumeur ne siège pas dans le creux de l'aisselle, mais est péri-mammaire, il faudra penser aux tumeurs développées aux dépens de lobes aberrants de la mamelle normale. Il existe une continuité entre le sein et son lobe aberrant, continuité établie au moyen d'un pédicule qui, s'il est atrophié au point de n'être plus perceptible par le toucher, est néanmoins visible au cours de l'extirpation de la tumeur (observation XIII).

Le diagnostic de glande mammaire surnuméraire posé, il faut déterminer la nature de la tumeur développée à ses dépens. L'*épithélioma* a certains caractères qui lui appartiennent en propre, tels que l'irrégularité et la con-

sistance ligneuse à la palpation, l'adhérence rapide aux plans profonds ou superficiels (phénomène de la peau d'orange), le retentissement ganglionnaire constant.

En somme, si le diagnostic est relativement facile quand il s'agit de glandes mammaires surnuméraires complètes, il en est tout autrement dans le cas des glandes surnuméraires incomplètes auxquelles, en raison de leur rareté on ne pense pas. L'erreur de diagnostic est la règle, et l'examen microscopique vient après l'intervention révéler la nature vraie de la tumeur.

TRAITEMENT. — Le traitement est le même que celui des tumeurs bénignes du sein, c'est-à-dire que le traitement chirurgical *seul* s'impose. Il a d'ailleurs été employé dix-sept fois sur les dix-huit cas que nous avons pu réunir.

La tumeur est extirpée en totalité sous anesthésie locale ou régionale, selon les cas.

Les résultats, tant immédiats que tardifs, sont excellents.

Il n'a jamais été signalé ni récidence ni transformation maligne.

CHAPITRE II

Tumeurs de la mamelle situées en dehors du siège normal. — Faits cliniques.

OBSERVATION I

GOSSELIN, *in* LABBÉ et COÏNE (résumée).

Joséphine S..., 40 ans, présente depuis deux ans, sur la partie externe du sein droit, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. Cette tumeur est tellement rapprochée du creux axillaire, que l'on pensa d'abord à un ganglion lymphatique hypertrophié. Elle est dure au toucher, bosselée, mobile, sans aucun pédicule la reliant soit à la glande mammaire, soit au creux axillaire. Il n'y a jamais eu d'écoulement par le mamelon. Elle est facilement énucléée.

L'examen de la pièce, fait par M. COÏNE, montre une prolifération du tissu conjonctif, avec dilatation des acini glandulaires. On a à faire à un fibrome péri-canaliculaire ayant amené mécaniquement des modifications de volume et de forme des lobules, sans tendances manifestes à la production des végétations intra-canaliculaires.

OBSERVATION II

(WILLIAMS.)

Une femme de 26 ans, mère de plusieurs enfants, a constaté une tumeur de la région mammaire en dedans et en bas du sein, dix-huit mois avant l'opération. Depuis six mois, elle

ne fait qu'augmenter. La tumeur siège à gauche, et n'intéresse pas la glande mammaire qui est indemne. Tumeur de quatre livres, de forme arrondie, à surface lobulée, enveloppée d'une capsule lâche de tissu aréolaire. Diamètre : 5 pouces.

Histologiquement, on dirait de la glande mammaire normale, glande acineuse délimitée par un épithélium très abondant. Petits conduits communiquant avec les aciné. On ne voit pas de gros conduits recevant les petits. Le tissu extra-acineux est très abondant. C'est du tissu conjonctif adulte. Nulle part on ne trouve de graisse.

OBSERVATION III

(WILLIAMS.)

Femme de 36 ans, présentant une tumeur dure, grosse comme un œuf de pigeon circonscrit en dehors du sein droit sans connexions avec lui, non adhérent aux plans profonds. Mamelon du sein normal, pas de ganglions, adéno-fibrome à l'œil nu.

Histologiquement, acine et canaux inclus dans du tissu fibro-graisseux. Dégénérescence granuleuse et transformation kystique de la tumeur.

OBSERVATION IV

(WILLIAMS.)

Femme de 38 ans, présentant une tumeur dure, grosse comme une noix, en dehors du sein droit : Adéno fibrome développé aux dépens du tissu mammaire, et sans relation avec le sein.

OBSERVATION V

(WILLIAMS.)

Femme de 26 ans, présentant deux tumeurs dures en dehors du sein gauche, sans relation avec cette glande : Adéno-fibromes avec acini entourés de tissu fibreux à cellules fusiformes.

OBSERVATION VI

(WILLIAMS.)

Femme de 43 ans, présentant sous l'aisselle gauche une tumeur dure et mobile, sans connexions avec le sein : Adéno-fibrome encapsulé.

OBSERVATION VII

(WILLIAMS.)

Femme de 40 ans, présentant une tumeur dure, racémeuse, à gauche, en dehors de la glande mammaire : Fibro-adénome lobulaire encapsulé. Histologiquement, tissu fibreux avec épithélium cubique.

OBSERVATION VIII

(WILLIAMS.)

Femme de 27 ans, présentant une tumeur circonscrite grosse comme une noisette, à droite du sternum, sans connexions avec le sein : Adéno-fibrome.

OBSERVATION IX

(WILLIAMS.)

Femme de 42 ans. Tumeur nodulaire solide, grosse comme une noix, en dehors du sein gauche. La sœur de cette femme présente une tumeur absolument semblable : Adéno-fibrome encapsulé.

OBSERVATION X

(CAMERON, rapportée par WILLIAMS.)

Femme de 30 ans. Tumeur grosse comme une noix sous l'aisselle droite, élastique, douloureuse depuis deux ans.

Macroscopiquement fibro-lipome, microscopiquement fibro-adénome.

OBSERVATION XI

(EVE, rapportée par WILLIAMS.)

En disséquant un sein, Eve trouve vers l'aisselle droite, près du creux axillaire, détaché de la glande un nodule aberrant gros comme une noisette.

Histologiquement, un canal à cellules cylindriques, par endroits très dilaté avec canalicules et acini, le tout inclus dans du tissu fibreux.

Tumeur développée sur une glande mammaire accessoire chez une femme de 59 ans, morte de bronchite après avoir subi une opération pour épulis de la gencive gauche.

Dans le sein adénome banal qui présente au microscope des cavités limitées par un épithélium cylindrique avec des dilatations énormes par endroits.

OBSERVATION XII

(FORBES.)

Il s'agit d'une femme de 48 ans, mariée à 28 ans, pesant alors 128 livres, aujourd'hui, elle en pèse 385. Elle a une sœur de 24 ans qui pèse 300 livres. Pas d'enfants.

A l'examen une tumeur dans le quadrant gauche supérieur du sein gauche. Les deux seins sont pendants. Cette tumeur existe depuis dix ans, et elle a grossi depuis un an. On dirait un fibrome logé dans de la graisse, non adhérent à la peau ni à la glande, ni aux plans profonds. Après l'opération, on voit un espace de trois pouces de large entre la glande et la tumeur, espace rempli de graisse. Cet espace est égal en dimensions à celui qui sépare la glande du grand pectoral. Extirpation, guérison.

Tumeur incluse dans de la graisse, pesant 109 grammes, mesurant $8,5 \times 6,5 \times 4,5$ centimètres. A la coupe, elle est remplie de petits kystes de 0,2 à 2 millimètres de diamètre, remplis d'un liquide visqueux d'aspect albuminoïde. La région kystique mesure 3 centimètres de diamètre. Le reste est du tissu fibreux.

Histologiquement, les kystes sont bordés par des cellules cylindriques à caractères dendritiques par endroits embryonnaires. Stroma fibreux avec quelques rares glandes acineuses. Vascularisation abondante; dans certains kystes, hémorragie intra-kystique. Diagnostic : Cysto-fibro-adénome papillifère.

L'auteur a vu trois tumeurs des seins aberrants (dont il rapporte un cancer), et toujours à gauche.

OBSERVATION XIII

MARTIN (résumée).

Femme âgée de 32 ans, présentant une tumeur du thorax antérieur ayant débuté il y a 3 ans. Cette tumeur est située en

dedans et au-dessous du sein gauche qui est normal, a le volume d'un œuf d'oie. A son niveau existent un mamelon et une aréole normalement conformes. A la palpation, la tumeur est dure, nodulaire, nettement limitée, mobile sur les plans superficiels et profonds. Pas de sécrétion par le mamelon. Extirpation chirurgicale de la tumeur et du sein surnuméraires, reliés l'un à l'autre par un cordon lisse.

Examen histologique : Adéno-fibrome du sein. Quelques conduits galactophores dans le cordon fibreux.

OBSERVATION XIV

(PITZORNO.).

Louis Portas dit Salvator, 18 ans, de Cagliari.

Au-dessous de la mamelle droite existe une glande surnuméraire du volume d'une châtaigne, avec un mamelon long de 4 millimètres pourvu d'une aréole, et dont le parenchyme se confond avec celui de la glande normale qui est douloureuse. Extirpation, guérison.

A l'examen histologique, nombreuses sections de petits canaux galactophores plus dilatés que normalement, avec une grande quantité de prolongements sur les côtés, et revêtus d'un épithélium cylindrique au milieu d'un tissu conjonctif fibreux. Diagnostic histologique : Fibro-adénome.

OBSERVATION XV

MORESTIN (résumée).

M^{lle} S..., receveuse des postes, 49 ans, est entrée le 11 février à l'hôpital Saint-Louis (isolement n° 26) pour se débarrasser d'une tumeur axillaire du côté gauche.

Cette tumeur occupe la partie antérieure et inférieure de l'aisselle, et le relief qu'elle détermine est comparable à celui que produirait la moitié d'une mandarine placée sous les tégu-

ments. Elle est bien visible seulement lorsque le bras est en abduction. La malade s'en est aperçue par hasard, il y a un an, et depuis cette époque, c'est à peine si elle a augmenté de volume, preuve qu'elle devait évoluer depuis longtemps déjà. La tumeur est voisine de la mamelle, mais en est complètement distincte. Elle laisse libre le fond du creux axillaire. A sa surface, les téguments sont sains et ont conservé leur coloration normale. Cependant, on note un développement très apparent des veines superficielles. On remarque, en outre, une petite dépression cutanée infundibuliforme qui répond à la partie supérieure de la tumeur. Cette dépression s'exagère quand on essaie de plisser les téguments à ce niveau. Il y a là une adhérence entre la peau et le néoplasme sous-jacent. Ce dernier, à la palpation, est lobulé, de consistance assez ferme. Les différents lobes ont, les uns sur les autres, une certaine mobilité. En outre, ils se laissent pour ainsi dire énucléer de la masse principale. C'est une sorte de grappe, et l'impression première est qu'il s'agit d'un paquet de ganglions. La partie supérieure de l'aisselle est complètement libre, et la tumeur qui, dans son ensemble, a le volume d'une petite orange, n'envoie aucun prolongement du côté des gros vaisseaux. Cette tumeur multilobée est d'ailleurs mobile et n'offre aucune adhérence que celle déjà signalée à la face profonde des téguments. Dans les déplacements que l'on imprime à ses différents lobes, on perçoit une sorte de frottement, de crépitation. Les glandes mammaires explorées avec soin ne présentent rien d'anormal. Elles n'ont jamais été le siège d'aucune inflammation.

La malade n'a jamais eu d'enfants. Elle est encore réglée, quoique de façon irrégulière. Santé générale assez satisfaisante. Il existe, en outre, chez M^{lle} S..., un lipome sous-cutané du flanc droit, gros comme le poing; il est là depuis des années.

La tumeur axillaire détermine quelques douleurs irradiées le long de la face interne du bras. Elles sont peu intenses et se montrent surtout pendant la nuit ou à l'occasion d'un mouvement d'abduction du bras.

Après de nombreuses hésitations, on porte le diagnostic d'adéno-lipomatose développée autour de ganglions lymphatiques.

Le 11 février, extirpation de la tumeur. La peau incisée sur le bord libre du grand pectoral, la pannicule adipeuse traversée, on met à découvert une masse grasseuse multilobée d'un jaune pâle, nettement encapsulée. L'énucléation en est très facile. Toute la tumeur, hormis un petit lobe pectoral est logée derrière la paroi axillaire antérieure. Le tout vient d'un seul bloc, donnant l'impression du lipome le plus vulgaire. Suites opératoires très bonnes.

A la coupe, dans une atmosphère adipeuse commune, sont logées sept ou huit tumeurs oblongues, ovalaires, d'aspect grisâtre, de consistance dure, sans points ramollis ou caséux. Il semble qu'il s'agisse d'un paquet de ganglions.

L'examen histologique (M. WEINBERG) montre qu'il s'agit d'une série de fibro-adénomes présentant la structure de ceux couramment rencontrés dans la glande mammaire. On y voit, dans l'épaisseur d'un tissu conjonctif dense et pauvre en vaisseaux, cheminer des canaux de nouvelle formation. Ils sont très allongés et parcourent souvent la moitié de la préparation sans se bifurquer. Ils sont tapissés par un épithélium cylindrique. Sur les plus petites tumeurs, on trouve encore quelques lobules de tissu mammaire. Le groupement de tous ces fibro-adénomes, leur situation dans un amas grassex commun, doit les faire considérer comme dépendants de la même glande mammaire surnuméraire. La proportion de tissu adipeux, considérable, est telle qu'elle donne au néoplasme ses caractères extérieurs. Il s'agit donc ici d'un fibro-adénolipome.

OBSERVATION XVI

JACOULET et MOURE (résumée).

Ar..., 42 ans, présente depuis 18 mois au sein gauche, près du mamelon, une petite tumeur indolente; d'abord du volume d'un pois, elle croît progressivement et très lentement. Six mois après le début de cette tumeur, la malade remarque la présence d'une tumeur analogue dans le creux axillaire du même côté.

L'examen révèle : 1° Au niveau du sein gauche, tout près du mamelon, une tumeur du volume d'une noix, dure, résistante, limitée, sans adhérences; 2° dans le creux axillaire, en arrière du bord inférieur du grand pectoral, une tumeur de volume égal, ferme, résistante, indolore, lobulée et mobile, donnant l'impression d'un paquet de ganglions. On ne perçoit aucune connexion entre ces deux tumeurs. Le diagnostic est posé d'adénome mammaire avec adénite tuberculeuse de l'aisselle.

Après extirpation des deux tumeurs, l'examen anatomo-pathologique montre que la tumeur mammaire a bien tous les caractères d'un adéno-fibrome du sein, mais que la tumeur axillaire présente une structure identique.

Il s'agit donc d'un adéno-fibrome mammaire et d'un adéno-fibrome d'un lobule mammaire aberrant.

OBSERVATION XVII

PETGES et BONNIN (résumée).

M^{lle} K..., 26 ans, s'aperçoit par hasard de l'existence d'une grosseur entre le sein gauche et le sternum. Cette tumeur, ovoïde, grosse comme un œuf de pigeon, est située entre les troisième et quatrième cartilages costaux. Elle est dure, lisse, élastique, sans adhérence à la peau ni à la glande mammaire, très mobile et indolore; elle est facilement énucléée après une incision cutanée de 2 centimètres.

L'examen anatomo-pathologique révèle un adéno-fibrome mammaire à tendances kystiques.

OBSERVATION XVIII

(Personnelle.)

M^{me} L..., 38 ans, employée de tramways, entre à l'hôpital le 15 octobre 1921, parce qu'elle présente dans le creux axillaire droit une petite tumeur qu'elle désire faire extirper.

On ne trouve rien de particulier dans ses antécédents personnels : enfance robuste, indemne de maladies graves; règles survenues à l'âge de 14 ans et depuis ce temps très régulières, comme date d'apparition et comme quantité. Elle a eu sept enfants dont cinq sont morts en bas-âge d'affections qu'elle ne peut définir. Deux sont vivants et très bien portants. Trois furent allaités par la mère. Jamais de fausses couches.

Il y a trois mois environ, notre malade s'aperçoit qu'elle présente, au niveau de la partie interne du creux axillaire droit, une petite tumeur qui augmente insensiblement de volume. Elle s'inquiète d'autant moins que ces modifications ne s'accompagnent ni de douleurs ni de troubles de l'état général. Néanmoins, au début du mois d'octobre, elle se décide à venir consulter le D^r LOUBAT qui lui conseille d'entrer à l'hôpital, en vue de l'extirpation de ladite tumeur.

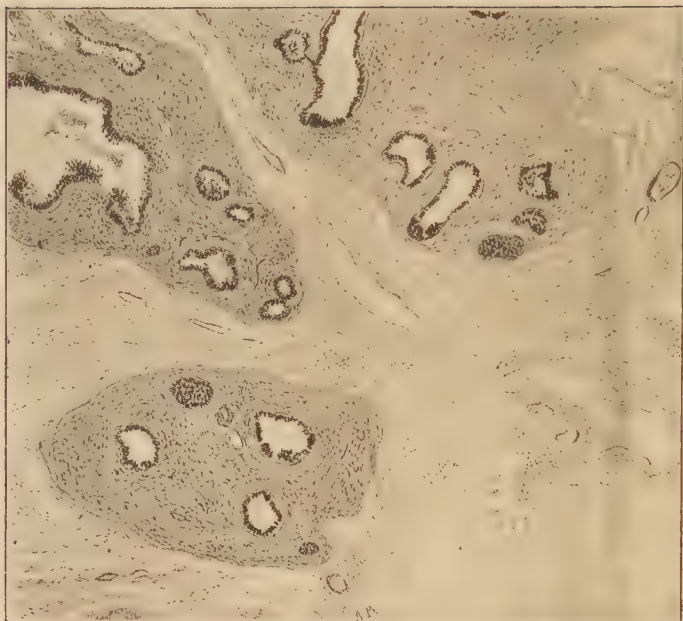
A l'examen, on se trouve en présence d'une femme en parfait état de santé, d'un embonpoint notable. La partie interne du creux axillaire droit est, à l'inspection, le siège d'une légère augmentation de volume. La peau, à ce niveau, a sa coloration normale. A la palpation, on perçoit, noyée dans une atmosphère graisseuse, une masse à surface un peu irrégulière, du volume d'un œuf de pigeon. Cette tumeur, de consistance ferme, est située immédiatement sous la peau, à la face profonde de laquelle elle paraît adhérer légèrement par quelques tractus qui empêchent le plissement des téguments entre les doigts. En revanche, elle est parfaitement mobile sur les plans profonds. La pression est indolore. Il n'y a aucun signe de compression du côté du paquet vasculo-nerveux du membre supérieur. Pas de tuméfaction appréciable autour ni à distance et les deux seins sont complètement normaux. Aux divers appareils, rien à signaler. Rien de pathologique en particulier à l'appareil génital.

Le diagnostic envisagé est celui de tumeur conjonctive primitive, et peut-être sarcomateuse, d'un ganglion lymphatique axillaire.

Opération le 7 octobre 1921 (D^r LOUBAT).

Anesthésie générale à l'éther. Extirpation de la tumeur par incision axillaire. Au cours de l'opération, on se rend compte que, sur toute sa face superficielle, la tumeur est recouverte par une peau amincie à la face profonde de laquelle elle





GLANDE MAMMAIRE SURNUMÉRAIRE INCOMPLÈTE (OBS. XVIII). *Adénofibrome typique du parenchyme mammaire.*

Coupe due à l'obligeance de M. le Professeur Sabrazès.

adhère légèrement. La tumeur est enlevée avec tout le tissu graisseux dans lequel elle baigne et un certain nombre de ganglions qui paraissent absolument normaux.

Examen microscopique de la tumeur (P^r SABRAZÈS). — Hématéine-Eosine. Masse fibromateuse parsemée de lymphocytes non agminés, avec dissémination des îlots glandulaires. Partout, une basale, un revêtement cubique ou cylindrique avec une couche germinative parfois un peu plate. Végétations kystiques quelquefois papilliformes, avec épithélium kystique cylindrique. Il y a des kystes volumineux, visibles à l'œil nu.

Giemsa. Le revêtement épithélial est souvent cylindrique à noyau médian. Les cellules sont détachées de la paroi, à laquelle restent accolées des cellules basales plates, à noyau présentant une direction transversale. On est frappé de la tonalité rouge vif de leur protoplasma. Au-dessous de la couche que forment ces petites cellules, dont quelques-unes sont cubiques, on distingue un mince liseré rouge très net.

Les cavités sont de dimensions variables, les unes fort grandes et à contours sinueux. D'autres, de dimensions plus modestes et le plus souvent comblées par des amas de cellules. Partout, la tumeur a le même aspect d'adénome papillaire. A noter la présence de quelques macrophages dans la lumière. Dans le stroma, à proximité des foyers, semis de plasmocytes et de lymphocytes essaimés; la densité en est importante, dans certains territoires, spécialement autour des foyers acineux, mais sans qu'il y ait jamais d'amas cohérents. Cette atmosphère lymphocytosique et plasmatique est spécialement importante dans la région des lobules glandulaires au début de leur modification; en pareil cas, les cellules conjonctives jeunes sont en grand nombre. Le stroma, de qualité fibreuse, contient une grande quantité de fibres collagènes onduleuses. Les microkystes prédominent. Peu d'éléments à l'état quiescent. La tumeur, presque complètement dépourvue de tissu adipeux, est fort peu vascularisée. Un grand nombre de ces vaisseaux accusent autour d'eux une lymphocytose très abondante.

En résumé, il s'agit d'un adéno-fibrome végétant, développé aux dépens de tissu mammaire, en raison de sa constitution histologique.

CHAPITRE III

Les glandes mammaires surnuméraires complètes ou incomplètes. — Pathogénie des fibro-adénomes mammaires développés en dehors de la mamelle normale.

Une question vient à l'esprit, quand on prend connaissance des faits cliniques : Existe-t-il, et alors pourquoi, des glandes mammaires supplémentaires chez l'homme ? Deux fois (observations XIII et XIV) les glandes surnuméraires sont complètes, et à la vue on se rend compte qu'il ne peut s'agir là que de mamelles. D'ailleurs, tout le monde est, à l'heure actuelle, d'accord. La théorie de BLANCHARD et de CHAMPNEYS a vécu, qui soutenait que la polymastie n'est que le résultat d'une transformation d'une glande sébacée en glande galactophore. Il s'agit sans nul doute d'un phénomène atavique, que nous expliquons plus loin.

Mais, dans seize cas, la simple inspection ne suffit pas à renseigner sur la nature de la tumeur, prise pour une adénite, un lipome, etc... Seul l'examen histologique peut montrer qu'elle est développée aux dépens de tissu mammaire. Les glandes sont incomplètes, elles ne possèdent ni mamelon ni aréole.

Certains classiques sont très sceptiques sur la possibilité d'existence de pareils faits : « Il faut bien se garder, dit BAUMGARTNER, de confondre les glandes mammaires surnuméraires, avec des lobes glandulaires aberrants. Ceux-ci ne sont que l'exagération des prolongements principaux

de la glande normale, dont MERKEL a distingué trois variétés : le prolongement inféro-externe, l'interne ou sternal, le supéro-externe ou axillaire.

Leur pédicule peut s'effiler au point de passer inaperçu, et le lobe aberrant est isolé au milieu du tissu cellulaire sous-cutané, il n'est pas adhérent à la peau; aucun canal galactophore ne vient s'ouvrir à l'extérieur. » BROCA et VERNEUIL, étudiant la question des lobes aberrants, déclarent avoir toujours trouvé un pédicule plus ou moins important, réunissant la tumeur à la glande. Quant à OLLIER, il étudie cette migration; il lui découvre deux causes. Les lobes sont perdus, dissociés par la masse celluloso-adipeuse de la région; dans d'autres cas, il serait « disposé à croire à la multiplicité des glandes mammaires ».

LABBÉ et COÏNE repoussent cette dernière hypothèse, qu'ils qualifient « d'ingénieuse, mais sans fondement » et admettent au contraire la première: « Sans aucune preuve ni recherches particulières d'ailleurs, un lobule se développe à la périphérie de la glande. Il y a un pédicule. A mesure que la tumeur augmente de volume, elle s'isole. Plus tard, le pédicule s'étire, finit par se perdre complètement dans l'atmosphère celluloso-graisseuse. Il y a en somme une migration assez curieuse. » Les opinions de GOSSELIN, OLLIER, BROCA et VERNEUIL sont restées classiques, surtout depuis les travaux de MARTIN, qui donne le nom de lobule aberrant à tout amas glandulaire mammaire, séparé de la glande normale, incomplet, dépourvu de canal excréteur, mamelon et aréole.

Ainsi donc, dans la grande majorité des cas que nous rapportons, il s'agirait de lobules aberrants qui, pour des raisons qui nous échappent, se seraient développées, éloignées, puis séparées de la glande normale, et séparées de telle façon que, dans aucune des observations que nous signalons, on ne retrouve la moindre trace de ce pédicule si longuement et si minutieusement décrit par les

classiques qui ont observé de près et avec le soin des véritables anatomistes.

SEITZ, dans son remarquable travail sur les fausses mamelles surnuméraires de l'aisselle, donne son opinion sur les prétendus lobes aberrants de cette région : « Si l'on admet qu'au moment de l'augmentation de volume de la mamelle, elle pousse un prolongement vers l'aisselle, on retrouvera toujours, ne fut-ce qu'à l'état de canal très étroit, une relation avec la mamelle. Cette union manquait chaque fois, il y avait un intervalle très apparent. Quelle force pourrait ainsi déterminer si tardivement et un prolongement et une séparation ! »

La cause est jugée. S'il est aisé, en présence d'une glande mammaire surnuméraire incomplète de dire « lobe aberrant », il l'est, en revanche, beaucoup moins de le prouver. Il faut chercher une explication plus scientifique, c'est-à-dire fondée sur des faits et non sur des impressions. Cette explication, l'embryologie la donne. Rappelons d'abord les opinions actuelles sur l'origine et la formation des mamelles. La conclusion découlera naturellement.

Chez l'embryon humain de 4 à 8 mm., apparaît la bande mammaire (HIRSCHLAND), formation épithéliale qui s'étend de la racine du membre antérieur à la racine du membre postérieur. Sur son domaine se ferme la crête mammaire, épaissement et soulèvement local de l'ectoderme, bien marqué dans ses trois quart antérieurs seulement (embryon de 9 mm.). La crête mammaire diminue peu à peu de longueur et chez l'embryon de 14 mm., il n'en persiste plus guère que l'ébauche crâniale, qui constitue l'ébauche définitive du bourgeon mammaire primitif. A cette époque, la bande mammaire a complètement disparu.

Au quatrième mois, le bourgeon prolifère en profondeur et prend la forme d'une massue, dont l'extrémité rétrécie répond à son attache épidermique. Autour de celle-ci, le tégument superficiel est très légèrement soulevé pour former la première indication du mamelon.

Du cinquième au sixième mois, de la couche basale du bourgeon, se détachent, au nombre de 20 à 25, d'étroits cylindres épithéliaux terminés par un renflement plein : ce sont les futurs conduits galactophores. Certains d'entre eux donnent, à leur point d'origine, naissance à un rudiment de follicule pileux auquel est annexée une glande sébacée. Dans le bourgeon mammaire se creusent alors des galeries qui réuniront plus tard l'origine des canaux galactophores à la surface libre. En même temps, les canaux galactophores prolifèrent abondamment, alors que les follicules pileux s'atrophient et que les glandes sébacées conservent leurs modestes dimensions.

De la partie profonde du bourgeon mammaire, se dirigeant vers la surface libre sous forme de traînées, les cellules épidermiques subissent la transformation cornée : elles préparent la voie suivant laquelle les conduits galactophores viendront s'ouvrir à la surface libre. A six mois et demi, ceux qui sont munis d'un rudiment d'appareil pilo-sébacé, puis, tous à la naissance, possèdent ce tube excréteur.

Les conduits galactophores proprement dits sont pendant ce temps le siège d'importantes modifications. Leur lumière se constitue au cours du septième mois. Ils donnent des branches de premier ordre d'où émaneront bientôt des rameaux. Des traînées de tissu conjonctif dense viennent s'interposer entre les groupes de conduits, cloisonnant la glande et donnant déjà une individualité propre aux lobules. Quant à la partie superficielle des conduits galactophores, celle qui débouche dans le bourgeon mammaire, les cellules qui le composent perdent de leur importance, s'aplatissent, prennent le type des épithéliums de revêtement : les segments excréteurs sont formés.

Quant au bourgeon mammaire, miné par des galeries de plus en plus nombreuses, serti par le muscle sous-aréolaire, il s'affaisse, s'étale, puis disparaît à la naissance, les cellules qui le composaient ayant été utilisées à la consti-

tution de la paroi épidermique des conduits galactophores. Il est remplacé par le mamelon.

A la naissance, le parenchyme glandulaire forme une masse volumineuse à délimitation nette. Chaque conduit galactophore peut être décomposé en trois segments : un segment intra-épidermique, infundibuliforme. Un segment excréteur, s'étendant du précédent à la première bifurcation. Un segment sécréteur comprenant l'ensemble des ramifications. Il est à remarquer que les tubes glandulaires passent fréquemment d'un lobule dans un autre; il en résulte une glande tubuleuse du type le plus irrégulier.

Les glandes aréolaires se développent plus tardivement que la glande mammaire. Elles naissent de la partie profonde de l'épithélium en même temps que se forme le muscle sous-aréolaire. Les tubes primitifs ont l'aspect des conduits galactophores au sixième mois, et aussi des glandes sudoripares voisines qui croissent à la même époque. Très tôt, ils sont munis d'un appareil pilo-sébacé. Souvent, la région épidermique sus-jacente s'épaissit et prend l'aspect d'un mamelon en miniature, dont la saillie ne tarde pas à s'effacer.

Au neuvième mois de la vie utérine, le développement des glandes aréolaires est totalement achevé. Les ébauches des follicules pileux s'atrophient, alors que les glandes sébacées gardent une certaine importance. Pendant ce temps, au niveau de la région péri-aréolaire, le follicule pileux se différencie hautement et la glande tubuleuse devient glande sudoripare.

Par leur organogenèse, les glandes aréolaires représentent la transition entre les glandes lactées et les glandes sudoripares. Les plus périphériques d'entre elles sont assimilables à des glandes sudoripares hypertrophiées, alors que les plus centrales, par leur complication, peuvent être considérées comme des glandes lactées accessoires, ce qui

permet d'affirmer avec BENDA que la glande mammaire est formée par un assemblage de glandes sudoripares hautement différenciées.

En résumé, la bande et la crête mammaires, chez l'homme, disparaissent de bonne heure après leur formation, hormis la partie crâniale de la crête de Schultze où persiste un bourgeon qui va se développer. De la partie profonde du bourgeon mammaire se détachent des cordons pleins, futurs conduits galactophores, qui s'enfoncent dans le tissu cellulaire et se creusent par la suite.

Plus tard, la partie superficielle du bourgeon mammaire se creuse d'incisures qui réunissent l'extrémité superficielle des canaux galactophores à la surface de la peau. Le mamelon tend alors à s'individualiser, par suite de la poussée du tissu conjonctif environnant qui prolifère et de l'étalement du bourgeon mammaire. Les conduits galactophores ne s'abouchent que secondairement à la peau. Quant au mamelon, il commence à se fermer une fois que la partie profonde du bourgeon mammaire a proliféré. L'aréole est une formation tardive, véritable esquisse de glande mammaire, composée d'éléments à structure histologique intermédiaire entre celle des glandes sudoripares (glandes tubuleuses simples) et celle des conduits galactophores (glandes tubuleuses composées).

Si nous nous plaçons maintenant sur le terrain de l'embryologie comparée, nous constatons chez tous les mammifères et même chez les oiseaux, l'apparition, au cours de la vie intra-utérine, de la bande mammaire de HIRSCHLAND puis de la crête mammaire de SCHULTZE. En certains endroits de cette crête, apparaissent de petites saillies, les points lactés, qui donneront par la suite les mamelles. « La crête lactée est une formation comparable aux crêtes dentaires, au niveau desquelles les dents apparaissent de place en place. » (KEIBEL et MALL.) Ainsi, les mammifères autres que l'homme, subissent le même développement ontogé-

nique que lui. SCHULTZE a, le premier, décrit la crête lactée chez le porc; elle fut trouvée peu après chez d'autres animaux. Comme chez l'homme, et suivant l'espèce, certains points lactés seulement bourgeonnent et deviennent des glandes mammaires, alors que d'autres s'atrophient, puis disparaissent.

Les mamelles surnuméraires se développent chez l'homme, non pas au hasard, mais en des points qui correspondent chez les animaux à des mamelles normales, c'est-à-dire à des points lactés qui, au lieu de s'atrophier, ont continué à proliférer. WILLIAMS a établi un schéma qui montre la situation des mamelles surnuméraires par rapport à la glande normale. Les paires mammaires, au nombre de sept, sont étagées entre le sommet du creux de l'aisselle et la région péri-ombilicale, la glande normale correspond à la quatrième paire. Cependant, la majorité des auteurs, à l'heure actuelle, prolongent la ligne de WILLIAMS jusqu'au pli inguinal. La valeur phylogénique des mamelles surnuméraires est admise par tous. « Elles peuvent être considérées comme des anomalies réversibles » (KALLIUS).

Le schéma de WILLIAMS, même prolongé jusqu'au pli inguinal n'a rien d'absolu. On peut trouver des glandes surnuméraires en des points très éloignés de la bande primitive. Elles ont été signalées à l'épaule (PUECH, KLOB), sur la face (BARTH), sur le dos (PAULINIUS, GUENIOT), etc... Pour GEYL, de pareils faits ne peuvent s'expliquer que par un accident de situation de la crête lactée. D'ailleurs, ces glandes existent généralement chez des monstres porteurs de multiples malformations.

Si nous tentons maintenant d'expliquer, à l'aide de raisons tirées de l'embryologie, la persistance des glandes surnuméraires incomplètes, une chose nous frappe au premier abord : le mamelon est, dans la vie embryonnaire, une formation tardive; il ne se développe qu'après les

canaux galactophores, comme couronnement du travail du bourgeon mammaire. On conçoit donc que la polythélie sans polymastie soit un fait exceptionnel. Et, de fait, la littérature médicale ne signale que de rares cas de mamelon isolé, sans glande sous-jacente, si l'on veut bien excepter le cas de PAUL : Amastie incomplète; présence du seul mamelon. Ajoutons qu'il est bien difficile d'affirmer l'absence totale de glande mammaire sous-jacente, sans examen microscopique.

Un arrêt de développement d'un bourgeon mammaire juste avant la formation du mamelon, au moment où les canaux galactophores commencent à être mis en communication avec la surface des téguments, explique très bien la possibilité de polymastie avec athélie, mais avec persistance d'un orifice infundibuliforme en place de mamelon. Que si, au contraire, cet arrêt de développement se produit plus tôt, avant l'apparition de fissures dans la partie superficielle du bourgeon mammaire, il persistera une glande mammaire sans conduits excréteurs, une glande aveugle.

Ces conditions se réaliseront au maximum au niveau de points lactés qui auront continué de proliférer anormalement. Un tel bourgeon se développant dans des circonstances défectueuses aura plus de chances qu'un bourgeon ordinaire d'être frappé d'arrêt dans son développement. Cela peut expliquer le fait que souvent les glandes surnuméraires sont incomplètes.

L'observation XV vient particulièrement illustrer la théorie que nous défendons. MORESTIN, qui la relate, s'exprime, en décrivant l'aspect de la tumeur axillaire, de la façon suivante : « On remarque, en outre, une petite dépression cutanée infundibuliforme, qui répond à la partie supérieure de la tumeur. Cette dépression s'exagère, quand on essaie de plisser les téguments à ce niveau. Il y a là une adhérence entre la peau et le néoplasme sous-jacent. » Ainsi, dans ce cas particulier, il s'agit d'un cas très spécial de polymastie incomplète, puisque malgré

l'absence de mamelon et d'aréole, les canaux galactophores viennent s'aboucher à la peau. Nous tenons ici le chaînon intermédiaire qui permet d'établir une relation embryologique entre les cas de mamelles surnuméraires complètes et incomplètes.

Un point encore reste à élucider. La mamelle est composée de glandes sudoripares hautement différenciées. Or, il existe à l'état normal dans l'aisselle, outre les petites glandes sudoripares de la peau, de volumineuses glandes du même type qui, à certaines périodes de la vie, chez la femme, et plus spécialement dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, sont susceptibles de s'hypertrophier et de sécréter un liquide assez semblable à du lait. Il s'agit là de fausses mamelles axillaires bien étudiées par CHAMPNEYS, et surtout par SEITZ. Elles ne tardent pas à régresser et, en général, au bout d'une semaine, ont complètement disparu. Une coupe pratiquée parallèlement à la peau, permet de distinguer à l'examen histologique quatre sortes de glandes, non compris les glandes sébacées qui ne sont augmentées en nombre ou en volume, ni transformées :

- 1° Petites glandes sudoripares normales;
- 2° Grosses glandes sudoripares;
- 3° Acini galactogènes;
- 4° Formes de transition entre les deux sortes de glandes précédentes.

Les grosses glandes sudoripares ne diffèrent guère des petites que par leur taille. Les aciné galactogènes ressemblent en tous points à ceux que l'on décrit dans la glande mammaire en voie de lactation, c'est-à-dire que l'acinus prend le type tubo-alvéolaire; mais, il est seul à avoir évolué, car le canal excréteur reste sans modifications. Sa structure est celle des conduits excréteurs des grosses glandes sudoripares et, de plus, il s'abouche isolément à la peau.

Donc, les grosses glandes sudoripares de l'aisselle sont

susceptibles de se transformer en pseudo-glandes à lait, pendant quelques jours; ne peuvent-elles point subir ces modifications d'une façon définitive? Si cela était, on conçoit très bien que les formations auxquelles nous donnons le nom de glandes surnuméraires incomplètes de l'aisselle, pourraient tirer tout simplement leur origine de ces grosses glandes sudoripares.

Cette explication, pour séduisante qu'elle puisse paraître, au premier abord, ne nous satisfait point, car plusieurs faits vont à l'encontre de cette manière de voir.

Dans les six observations de mamelles axillaires que nous relatons, les examens anatomo-pathologiques ne signalent pas une fois la présence de glandes sudoripares, grandes ou petites, dans le tissu examiné, mais seulement, et sans restrictions, du tissu mammaire typique. Les boyaux glandulaires sont isolés dans la gangue qui les environne, et ne s'abouchent point à la peau par l'intermédiaire de conduits excréteurs à type sudoripare. Il s'agit bien ici de tissu mammaire *pur* et non d'aciné galactogènes, entourés de glandes sudoripares de dimensions différentes.

La présence de tissu galactogène *pur* dans l'aisselle n'est donc point le fait d'un processus particulier d'origine sudoripare. Pour les glandes surnuméraires axillaires comme pour les autres glandes surnuméraires, l'origine doit en être cherchée dans les vestiges embryonnaires développés aux dépens des points lactés.

Quelle que soit la place qu'occupent les glandes mammaires surnuméraires, complètes ou non, on est en présence d'un phénomène d'évolution régressive. La bande et la crête mammaire apparaissent au cours de la vie intra-utérine chez tous les mammifères et chez certains oiseaux. Les mammifères subissent le même développement ontogénique; suivant l'espèce considérée, certains points lactés bourgeonnent, alors que les autres disparaissent. Chez le

porc, les points lactés donnent tous naissance à des mamelles qui, chez l'adulte, sont étagées du creux axillaire au pli inguinal, au nombre de six à sept paires. La persistance chez l'homme de débris de la crête lactée, sous forme de glandes mammaires surnuméraires complètes ou incomplètes peut être considérée comme une anomalie régressive.

Si, à la lumière des faits acquis, embryologiques, histologiques et cliniques, on examine l'origine et la signification des lobes aberrants dépourvus de pédicule que décrivent les classiques, voici quelle est la suite *logique* des faits que *doit* envisager l'esprit :

Histologiquement, il s'agit de tissu galactogène. Pas de confusion possible avec les glandes sudoripares normales ou transformées.

Est-ce un lobule aberrant auquel nous avons à faire ?

Non, car la tumeur n'est pas rattachée à la glande mammaire normale par un pédicule.

Mais cette tumeur est située au niveau ou aux alentours immédiats de la crête de SCHULTZE, en tous cas, sur le territoire de la bande mammaire d'HIRSCHLAND.

D'autre part, nous avons vu que la glande mammaire, quelle que soit sa situation et quel que soit l'être chez lequel elle se développe, se forme en deux temps :

Premier temps : Formation des acini glandulaires (*temps dermique*).

Deuxième temps : Formation du mamelon. Abouchement des conduits galactogènes à la peau (*temps épidermique*).

Qu'un arrêt de développement survienne après le temps dermique et avant le temps épidermique, et s'il s'agit de formations surnuméraires (explicables par la phylogénie), nous sommes en présence d'enclaves dermiques de tissu galactogène, avec intégrité du tégument sus-jacent.

CONCLUSIONS

Il existe des glandes mammaires surnuméraires de deux sortes : complètes et incomplètes, toujours situées sur le trajet ou aux environs immédiats de la ligne axillo-inguinale, donc de la bande mammaire de l'embryon; elles proviennent de restes embryonnaires développés aux dépens de la crête lactée de SCHULTZE dont certains bourgeons, anormaux chez l'homme, ont proliféré partiellement. Développées complètement, ce sont des glandes surnuméraires complètes.

Les glandes surnuméraires incomplètes ne sont, pour les classiques, que des lobules aberrants détachés de la glande mammaire normale; nous croyon savoir démontré l'inexactitude d'une semblable assertion. Si le développement des restes embryonnaires développés aux dépens de la crête de SCHULTZE, est arrêté après la formation des acini galactogènes et avant la constitution du mamelon, la glande surnuméraire est dépourvue d'aréole et de mamelon : elle est incomplète.

La pathogénie classique qui donne à ces noyaux glandulaires isolés une origine non en conformité avec les faits embryologiques ne semble donc pas justifiée, par contre, celle que nous proposons semble mieux en conformité avec la réalité des faits connus à la lumière de l'embryologie générale et spéciale.

Ces vestiges peuvent, au même titre qu'un organe normal, donner lieu à des formations pathologiques, comme cela se produit souvent lors d'inclusions épithéliales em-

bryonnaires (branchiomes, tumeurs palatines, etc...). Les tumeurs bénignes développées au niveau des glandes mammaires surnuméraires sont presque exclusivement des adéno-fibromes qui présentent des caractères anatomopathologiques et cliniques absolument comparables à ceux des tumeurs bénignes qui naissent dans la glande mamelle normale.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

G. DUBREUIL.

Vu : *Le Doyen,*

D^r C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 30 décembre 1921.

Le Recteur de l'Académie,

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BARABAN. — Lobules mammaires erratiques simulant des ganglions axillaires, en cas de tumeurs du sein, *Revue Médicale de l'Est*, 1890, t. II, p. 267.
- BAUMGARTNER. — Art. Mamelles, *Traité de Chirurgie*, Le Dentu et Delbet, T. 23.
- BENDA. — Das Verhältniss der Milchdrüse zu den Hautdrüsen, *Dermatolog. Zeitschr.*, Bd. I, 1894.
- BILLROTH. — Die Krankheiten der Brustdrüsen, *Deutsche Chirur.*, Lief. 41, 1880, p. 10.
- BINAUD et BRAQUEHAYE. — Art. Sein, *Traité de Chirurgie clinique et opératoire*, etc...
- BOUNET-LABORDERIE. — Un cas de polymastie (Mamelles axillaires surnuméraires), *Société des Sciences Médicales de Lille*, 15 nov. 1911.
- BOUNET-LABORDERIE. — Etude sur les mamelles axillaires surnuméraires, *Journal des Sciences Médicales de Lille*, t. 34, 25 nov. 1911.
- BROUHA. — Recherches sur les diverses phases de développement et d'activité de la mamelle, *Archives de Biologie*, 1905, vol. XXI, p. 459.
- BROUHA. — Sur la bande et la crête mammaires et sur les prétendues ébauches hyperthéliales chez l'homme et chez le murin, *Anatom. Anzeiger*, 1905, t. XXVII, p. 462.
- CAMERON. — *Journal of Anatomy*, vol. XXIII, 1879, p. 150 (cité d'après Williams).
- CARRIEU (F.) et MILLAUD (G.). — De la polymastie, *Le Sud Médical et Chirurgical*, 15 octobre 1921.
- CARRIEU (F.). — Polymastie. Présentation de quatre sujets, *Soc. des Sc. Médic. et Biol. de Montpellier*, 20 mai 1921.
- CHAMPNEYS. — *Med. Chir. Trans.*, vol. LXIX, 1886, p. 419 (cité d'après Seitz).

- CORNIL. — *Les tumeurs du sein*, Paris, 1908 (Alcan).
- COUVY. — *Contribution à l'étude de l'adénome et de l'adéno-épithéliome des glandes sudoripares*, Thèse Bordeaux 1899.
- CRAMER. — Au sujet d'un cas de polymastie, *Revue Médicale de la Suisse Romande*, nov. 1917, p. 715.
- CURTISS. — Le développement de la mamelle et du mamelon, *Revue Biologique du Nord de la France*, 1889.
- DELBET. — Art. Mamelle, *Traité de Chirurgie Duplay et Reclus*, Paris 1892.
- DUCAMP et CARRIEU. — Un cas de polymastie chez l'homme, *Soc. Médic. et Biol. de Montpellier*, 20 mai 1921.
- DÜVAL. — *Du mamelon et de son aréole*, thèse, Paris 1861.
- EGGELING. — Ueber ein wichtiges Stadium in der Entwicklung der fötalen Mamma beim Menschen, *Anatom. Anzeiger*, 1904, Bd. XXIV, S. 595.
- EVE. — *British Médic. Journal*, vol. I, 1883, p. 298 (cité d'après Williams).
- FICALIER. — *Etude anatomique des glandes sudoripares*, Thèse Paris, 1881.
- FORBES. — Papilliferous fibro-cystic adenoma of aberrant breast nodule, *Médic. News*, 1897, t. LX, p. 269.
- GAMBIER. — *Contribution à l'étude des tumeurs cutanées d'origine sudoripare*, Thèse Paris 1879.
- GEYL. — Ueber die Bildung und die Bedeutung der Achselhöhlenbrustdrüsen, *Centralblatt für Gynaëk.*, t. XXXIII, n° 44, 30 oct. 1909, p. 1562.
- GLUCK. — *Vorstell. i. d. Berlin, medic. Gesellsch. Ref. Berlin Klinische Wochenschr.*, 1885 (cité d'après Williams).
- GODFRAIN. — *Essai sur les mamelles surnuméraires*, Thèse Paris. 1877.
- HENNIG. — Ein Beitrag zur Morphologie der weiblichen Milchdrüse, *Arch. für Gynaëk.*, T. III, 1871.
- HIRSCHBÖCK. — Supernumerary gland in the axilla, *The Journ. of Americ. Assoc.*, t. LVIII, n° 17, 27 avril 1912.
- HÜSS. — *Beiträge zur Entwicklungsgesch. der Milchdrüse*, In Diss. Iéna, 1871.
- HUTER. — Virchow Hirsch's Jahresber, 1869. In einem Ref. über Thaxter, *Lehrbuch d. Chir.*, 1884, Bd. II, p. 114.
- IWAÏ. — La polymastie au Japon, *Arch. de Médecine expérimentale*, 1904.

- JACOULET et MOURE. — Adénomes du sein et d'une glande mammaire accessoire, à évolutions simultanées, *Progrès Médical*, déc. 1909, p. 618.
- KALLIUS. — Ein Fahl von Milchleiste bei einem Menschlichen Embryo, *Anatom. Hefte*, 1897.
- KAYSER. — Achselhöhlenbrüste bei Wöchnerinnen, *Archiv für Gynaek.*, Bd. 86, H. 2, S. 459, 1908.
- KEIBEL et MALL. — Mammary Glands, *Manual of human Embryology*, vol. I, 1912.
- KEIFFER. — La glande mammaire chez le fœtus et le nourrisson, *Soc. obstétr. de France*, 1902.
- KLEBS. — *Handbuch d. Pathol. Anatom.*, 1869, p. 1162.
- KNAEBEL. — Beitrag zum Studium der genese der accessoris-chen Brustdrüsen und der sogenannten Achselhöhlenbrustdrüsen ohne Watze und Ausführgänge bei Wöchnerinnen, *Monatschrift für Geburtshilfe und Gynaek.*, t. XXXI, f. 6, mai 1910.
- LABBÉ et COÛNE. — De l'origine glandulaire des tumeurs bénignes. Des différentes régions où elles se développent; de leurs migrations ultérieures, *Traité des tumeurs bénignes du sein*, Paris, 1876, p. 118.
- LABRUNIE. — Lipome mammiforme, *Soc. d'Anat. et de Phys. de Bordeaux*, 1890, p. 241.
- LEICHENSTERN. — Ueber das Vorkommen und die Bedeutung supernumerärer Brüste, *Virchow's Archiv. für patholog. Anatom.*, 1878.
- LÉORAT. — *Les tumeurs du sein à tissu multiple*, thèse, Lyon 1920.
- LETULLE. — Contribution à l'étude des malfaçons embryonnaires de la glande mammaire. Dysembryoplasie et dysembryoplasmome, *Bull. Acad. de Médec.*, 1911, p. 287.
- LÜCKE. — *Handb. der Path.* Pitha, Billroth, II, 1, 1869, p. 281.
- MARIE (P.). — Mamelon surnuméraire transmis héréditairement dans une famille, pendant quatre générations. Coïncidence avec plusieurs processus gémeaux, *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1893, p. 457.
- MARTIN. — Beitrag zu Lehre von der Polymastie und ihrer Beziehung zur Entwicklung von Brustdrüsengeschwüren, *Arch. für Klin. Chir.*, 1893, vol. XLV, p. 880.

- MASCHAT. — *Contribution à l'étude des mamelles surnuméraires*, Thèse Paris, 1883.
- MORESTIN. — Fibro-adéno-lipome de l'aisselle, développé aux dépens d'une glande mammaire aberrante, *Soc. Anat. de Paris*, mars 1901, p. 235.
- NEUGEBAUER. — *Centralblatt für Gynaek.*, 6 nov. 1866, n° 45 (cité d'après Martin).
- OLLIER. — In *Gazette Méd. de Lyon*, 1855, p. 144 (rapporté par Labbé et Coÿne).
- PÉREIRE. — Fibro-adénome développé dans un lobe erratique de la glande mammaire, *Soc. Anat. de Paris*, 1905, p. 871.
- PETGES et BONNIN. — Fibro-adénome mammaire aberrant sous-cutané, *Soc. Anat. Clin. de Bordeaux*, 8 mai 1911.
- PITZORNO. — Polymastia in rapporto allo sviluppo del tumori, *Riforma Médica*, 1896, p. 851.
- POIRIER. — Art. Mamelles, *Traité d'Anat.*, T. V.
- PROFÉ. — Beiträge zur Ontogenie und Phylogenie der Mamma Organe, *Anatom. Hefte*, Bd. 11, 1899.
- PUECH. — La mamelle et ses anomalies, *Mémoires de l'Académie du Gard*, Paris 1876.
- REIN. — Untersuchungen über embryonate Entwicklungsgeschichte der Milchdrüse, *Arch. für mikr. Anat.*, Bd. XX und XXI, 1882.
- ROUVRAY. — *Contribution à l'étude de la glande et de la région mammaires*, Thèse Bordeaux, 1912.
- SCHMIEDT (Hugo). — Über normale Hyperthelie menschlicher Embryonen, und über die erste Anlage der menschlichen Milchdrüsen überhaupt, *Morph. Arbeit*, Bd. VII.
- SCHULTZE. — Milchdrüsenentwicklung und Polymastie, *Sitzungsber. d. Würzb. physik. medic. Gesells.*, 1892, p. 77.
- SEITZ. — Ueber die sogenannte Achselhöhlenmilchdrüse und deren Genese, *Arch. für Gynaek.*, 1909, T. 88, p. 94.
- SINETY (de). — Sur le développement et l'histologie comparée de la mamelle, *Soc. de Biol.*, 1877.
- STILLES. — Anat. Chir. Mam., *Edimburg Medec. Journal*, 1892.
- TESTUT. — Art. Mamelles, *Traité d'Anat. humaine*, T. IV.
- TESTUT. — Note sur un cas de mamelle surnuméraire, *Bulletin de la Soc. d'Anthrop. de Paris*, 1883, p. 649.

- TESTUT et JACOB. — Art. Mamelle, *Traité d'Anat. topogr.*,
TOURNEUX. — Mamelle, *Précis d'Embryologie humaine*.
WILLIAMS. — Polymastie with special references to mammæ
erraticæ, and the developement of neoplasie from supe-
rtumerary mammary strcnures, *Journal of Anat, and*
Physiol., 1891, t. XXV.
WILLIAMS. — *Monograph. on disease of Breast*, 1894.
WOLKMANN. — *Beiträge zur Chirurg.*, 1875, p. 330.

